

	FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CÓDIGO: AP-TH-F-147
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C.,

Señores: Pontificia Universidad Javeriana

Dirección: Carrera 100 A no 77B-32

Ciudad: Bogota D.C

Asunto: Verificación de Título Especialidad, Profesional, Técnico y Auxiliar

Respetuoso saludo.

Reciba un cordial saludo,

Con el fin de realizar el procedimiento de verificación del título, según se encuentra establecido en la normatividad vigente para los procesos de Habilitación y Acreditación de Prestadores de Servicios de Salud, nos permitimos solicitarles se sirva confirmarnos la expedición, por parte de su institución, del título de grado como Especialista, Profesional, Técnico o Auxiliar, del colaborador/es relacionado/s a continuación:

Nombres y apellidos	Laura Daniela Mahecha Aponte
Documento de Identidad	1233694923
Título otorgado	Bacteriologa
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	9 septiembre 2022 . 2 0 2 2 0 9 0 9 0 5 0 5
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá D.C

Cordialmente,




NOMBRE Y FIRMA

*Director Operativo - Gestión del Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”*

Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co

FIRMA DEL COLABORADOR



NOMBRE DEL COLABORADOR: Laura Daniela Mahecha Aponte

CEDULA: 1233694923